

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 42

DES

KYSTES DERMOIDES CONGÉNITAUX
RÉTRO-AURICULAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 juin 1892

PAR

Paul LAGUENS

Né à Bérat (Haute-Garonne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547928_0128

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET, Doyen.

CARRIEU, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Anat. pathol. et histol.</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * ✕).
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Opérations et appareils.</i>	FORGUE.
<i>Clinique ophtalmologique.</i>	TRUC.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
Id. VILLE (ch. de c.)	N...
<i>Pathologie int.</i> SARDA (ch. de c.)	N...
<i>Physiologie.</i> HÉDON (ch. de c.)	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * ✕).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. ✕),

Chargés de Cours complémentaires:

<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	MM. REGIMBEAU (*) agrégé.
<i>Histologie</i>	BLAISE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des enfants.</i>	BAUMEL, agrégé.
<i>Accouchements</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.
<i>Pathologie externe.</i> (ch. de c.)	ESTOR, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
GAYRAUD.	BAUMEL.	SARDA.
DE GIRARD.	VILLE.	ESTOR.
SERRE.	GERBAUD.	HÉDON.
REGIMBEAU (*).	GILIS	LECERCLE.
BLAISE.	BROUSSE.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. DUBRUEIL, président.
FORGUE, professeur.
SERRE, agrégé.
ESTOR, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

P. LAGUENS.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. LAGUENS.

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur DUBRUEIL

P. LAGUENS.

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de M. le professeur agrégé Estor que nous avons choisi pour sujet de notre thèse inaugurale l'Étude des kystes dermoïdes congénitaux de la région rétro-auriculaire.

Il nous a été donné d'observer, dans le service de notre maître, un cas assez curieux de kyste dermoïde de cette région. M. le professeur agrégé Gilis en a lui-même observé un cas absolument nouveau, qu'il a publié dans le *Montpellier médical* du 22 mai 1892 ; dans ce cas, le pédicule traversait la paroi du conduit auditif externe. Ces observations nous ont paru assez intéressantes pour pouvoir inspirer un sujet de thèse. En effet, après les nombreuses recherches que nous avons faites à ce sujet, nous n'avons pu rassembler qu'un petit nombre d'observations publiées.

La pathogénie de ces kystes a été magistralement étudiée par MM. Lannelongue et Achard dans leur *Traité sur les kystes congénitaux* ; s'il reste encore quelques points obscurs, il ne nous appartient pas de les élucider ; nous nous contenterons seulement de citer les différentes théories émises à ce sujet, en insistant surtout sur celle qui paraît être aujourd'hui le plus universellement acceptée, celle que M. le professeur Lannelongue appelle la théorie de l'enclavement. Ce qui nous fait entreprendre notre travail, nous le répétons, c'est la rareté des kystes de la région qui nous occupe, et, par suite, l'intérêt que présente toute observation de tumeur de cette espèce.

Avant de pousser plus loin notre étude, nous tenons à remercier M. le professeur Dubrueil pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Estor veuille bien agréer l'expression de nos plus vifs sentiments de gratitude pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés pendant la composition de notre travail.

Nous prions M. Duclerc, professeur à l'Ecole d'agriculture, de recevoir nos sincères remerciements pour la savante étude histologique qu'il nous a communiquée.

DÉFINITION ET PLAN

On désigne sous le nom de kystes dermoïdes congénitaux des tumeurs congénitales formées par une cavité close, dont les parois présentent la structure fondamentale du tégument externe.

Le mot congénital a besoin ici d'être expliqué: nous n'entendons nullement par ce mot que ces kystes existent toujours à l'état de tumeurs formées dès la naissance, mais seulement que les causes déterminantes de leur production existent déjà pendant la vie intra-utérine, en un mot que leur pathogénie se rattache à un trouble de développement.

L'origine congénitale de ces kystes étant généralement admise, il nous paraît indispensable de faire l'embryologie avec l'anatomie succincte de la région; ce sera l'objet de notre premier chapitre. La pathogénie et l'étiologie feront l'objet du second. Dans le troisième, nous ferons l'anatomie pathologique; dans le quatrième, nous traiterons de la symptomatologie, du diagnostic et du pronostic. Le traitement sera développé dans le cinquième. Nous terminerons enfin par les observations et les conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES CONGÉNITAUX

RÉTRO-AURICULAIRES

ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE DE LA RÉGION RÉTRO-
AURICULAIRE

La structure de la région que nous étudions tire son importance du voisinage du conduit auditif externe; nous lui considérerons comme limites: en avant, le pavillon de l'oreille; en haut et en arrière, la ligne courbe que forme l'implantation des cheveux; en bas, une ligne horizontale passant par le sommet de l'apophyse mastoïde.

La peau de cette région est lisse, dépourvue de poils; en haut, elle s'épaissit et devient plus dense. La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, simplement celluleuse derrière l'oreille, contient partout ailleurs des vésicules adipeuses fines enveloppées dans de petites loges; cette graisse est rougeâtre; il y a aussi de petits ganglions lymphatiques, qui

peuvent se gonfler, devenir douloureux et s'abcéder. Le tissu cellulaire se continue avec les régions voisines et notamment avec celui du conduit auditif externe; le cartilage du conduit auditif externe ne forme pas, en effet, un anneau complet; il manque constamment en haut et en arrière; Tillaux n'a jamais trouvé aucune lame fibreuse reliant les deux extrémités de l'anneau cartilagineux brisé; il y existe, au contraire, un grand nombre de glandes cérumineuses. Cette région contient des artères, des veines et des filets nerveux. Parmi les artères, l'occipitale et l'auriculaire postérieure sont les seules importantes. L'occipitale entre dans la région en sortant de l'intervalle des muscles splénus et trapèze; elle va s'anastomoser avec le temporal: l'artère auriculaire postérieure est placée dans le sillon auriculo-mastoïdien, entre le muscle auriculaire et le tissu fibreux profond; elle se ramifie sur la face interne de la conque. Adhérente à la couche sous-cutanée, elle risque d'être intéressée quand on ouvre un abcès de la région. Nous trouvons aussi des veines, au moins une pour chaque artère, et de plus les veines qui sortent par les soudures mastoïdo-pariétale et mastoïdo-occipitale et par le trou mastoïdien. Les nerfs proviennent du facial et du plexus cervical.

La couche musculo-aponévrotique se compose de l'aponévrose qui est la continuation du muscle occipito-frontal; inférieurement, elle est constituée par l'enveloppe fibreuse qui recouvre l'extrémité des muscles splénus et sterno-mastoïdien: nous devons citer ensuite le muscle auriculaire postérieur qui attache le pavillon de l'oreille à l'apophyse mastoïde.

Le périoste de la région est remarquablement épais, il est uni à la couche aponévrotique assez intimement, et est au contraire séparé de l'os par une couche celluleuse très mince, qui le rend peu adhérent. Il se continue avec les périostes

de la région temporale et occipitale; en avant, il pénètre dans le conduit auditif au niveau de ses parois supérieure et postérieure, et se confond avec le périoste du conduit auditif. Nous arrivons ensuite au squelette, qui est formé par le temporal, et particulièrement par l'apophyse mastoïde. Après avoir succinctement décrit l'anatomie de la région, nous allons exposer son embryologie.

Lorsqu'on examine un embryon humain de la troisième à la quatrième semaine, on aperçoit sur les côtés de la région cervicale une série de sillons transversaux irrégulièrement développés, non parallèles, mais tendant à converger vers la face ventrale de l'embryon. Ces sillons limitent des renflements ou bourrelets, qui sont au nombre de quatre de chaque côté, et qui partent de la région antérieure de la corde dorsale en avant des protovertèbres et se développent à la façon d'une côte dans la paroi ventrale de l'embryon pour se souder en avant sur la ligne médiane. Ces arcs sont les arcs branchiaux; ces sillons sont les fentes branchiales; le système entier forme l'appareil branchial.

Ces arcs branchiaux, nés dans le feuillet moyen, sont recouverts d'un revêtement épithélial pavimenteux vers la face externe, et cylindrique ou prismatique, cilié sur la face interne, de sorte que, s'il survient un trouble de développement, les productions varient de structure d'après l'épithélium qui leur donne naissance.

Le premier qui est en haut se soudera avec celui du côté avant tous les autres; ainsi soudé, il formera une bande transversale qui sépare la partie qui sera la face de celle qui sera le cou.

Le premier arc branchial joue donc un rôle considérable dans le développement de la face. Nous ne suivrons pas tout les développements de cet arc branchial, ni sa subdivision en bourgeons secondaires (bourgeons maxillaires supérieur et

inférieur). Nous dirons simplement que tous les bourgeons secondaires du premier arc interceptent des fentes appelées : 1° fronto-maxillaire ; 2° inter-maxillaire ; 3° naso-maxillaire ; 4° la cruciale médio-palatine ; la fissure médio-maxillaire inférieure.

Au sujet de ces fentes, nous ferons remarquer que de toutes les fentes branchiales, la fronto-maxillaire, suivant la direction d'une ligne qui vient du pavillon de l'oreille à l'angle externe de l'œil, est celle qui produit le plus souvent des kystes dermoïdes.

Si nous considérons à présent les fentes interceptées parce que nous pourrions appeler les arcs branchiaux primordiaux, nous voyons que les deuxième, troisième et quatrième fentes s'oblitérent complètement et que leurs derniers vestiges ont disparu avant la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine.

Si, dans cette oblitération, un lambeau de l'ectoderme est enclavé, il pourra donner un kyste dermoïde, à une époque plus ou moins éloignée. Si cet enclavement a lieu à la partie postérieure, nous aurons affaire à un kyste de la région rétro-auriculaire. Le kyste sera situé plus ou moins profondément selon que l'inclusion se fera à la partie superficielle ou profonde de la fente. Quant à la première fente, elle est encore ouverte à quatre semaines et ne se ferme qu'incomplètement. Elle ne s'oblitére à sa partie postérieure que vers la cinquième semaine, chez l'homme, pour conquérir à la formation du conduit auditif externe. L'occlusion débute par les lèvres profondes de la fente comprise entre les deux premiers arcs, de sorte qu'il en résulte une gouttière ouverte à l'extérieur. Peu après, les lèvres superficielles se rapprochent et se soudent à leur tour, d'où formation d'un canal qui s'ouvre par une de ses extrémités sur les parties latérales du crâne, et par l'autre sur la cavité pharyngienne. Ce canal ne tardant

pas à s'oblitérer vers sa partie moyenne, on voit naître une cloison annulaire qui s'accroît peu à peu et formera la membrane du tympan. Ce canal est donc scindé en deux parties; celle qui est située en dedans du diaphragme est la plus longue et servira à la formation de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache; l'autre, plus courte, donnera l'oreille externe.

On comprend donc que l'on puisse rencontrer des kystes dermoïdes dans ces organes, ou du moins des kystes dont le pédicule aille s'implanter dans ces organes : M. Lannelongue n'en cite cependant pas d'exemple. Dans le cas de M. Gilis, que nous donnons, le pédicule du kyste s'enfonce dans le conduit auditif externe. C'est, il nous semble, le premier cas de ce genre qui ait été publié.

PATHOGÉNIE. — HISTORIQUE. — ÉTIOLOGIE.

C'est surtout depuis la publication du *Traité sur les kystes congénitaux* de MM. Lannelongue et Achard, en 1886, que la pathogénie de ces tumeurs et leur origine congénitale sont bien connues et irrévocablement démontrées; jusque-là, diverses théories avaient été exposées et avaient été tour à tour acceptées, mais aucune n'avait prévalu.

Ces tumeurs ont été étudiées depuis très longtemps; les auteurs anciens eux-mêmes paraissent les avoir connues. On trouve, en effet, dans le *De re Medica* de Celse, mention de tumeurs rencontrées au-devant du cou, contenant du liquide, des poils, des os. Après lui, on ne trouve plus dans les auteurs, jusqu'à 1772, aucune nouvelle mention de ces tumeurs. A cette époque, Louis, dans un article du *Dictionnaire de Chirurgie*, donne une description des kystes.

En 1775, Girard mentionne des tumeurs dans lesquelles on peut trouver des poils, des cheveux, avec une matière analogue à du suif, qu'il pense provenir de glandes sébacées.

Au commencement du XIX^e siècle, nous avons en présence deux théories sur la pathogénie de ces tumeurs : la grossesse extra-utérine et l'inclusion fœtale. Toutes les deux ont régné assez longtemps dans la science, grâce aux auteurs éminents qui s'en sont fait les défenseurs.

Parmi les partisans de la grossesse extra-utérine, nous trouvons Alquié, Bricheteau. Cruveillé dit, en 1816, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique* :

« Que les kystes contenant des poils, des dents, des fragments d'os, des portions de peau, témoignent la présence d'un germe fécondé en partie détruit et dont il ne reste que quelques vestiges ; c'est, je pense, ce qui ne sera révoqué en doute par personne aujourd'hui, et je ne saurais admettre qu'il existe certains états pathologiques dans lesquels peuvent se développer des dents, des os, des cheveux, en un mot, des produits morbides qui ressemblent tellement à des débris de fœtus que l'observation la plus attentive ne puisse en éviter l'erreur. »

On le voit, cette théorie semble faite pour une catégorie de kystes et paraît viser seulement les kystes de l'ovaire.

Celle de la diplogénèse par inclusion fœtale, qui est la théorie de Geoffroy Saint-Hilaire, explique tous les kystes, les plus compliqués comme les plus simples. Cette théorie admet la fusion intime de deux êtres qui étaient d'abord distincts, seulement l'un d'eux s'est atrophié à tel point qu'il est devenu le parasite de l'autre ; cette théorie, appliquée d'abord aux monstruosités, a été étendue aux kystes dermoïdes les plus simples qui représenteraient le fœtus atrophié. Cette théorie ne manque pas de valeur, et, dit M. Lannelongue, « il est entre ces productions et les monstruosités en général des liens assez étroits, et Is. Geoffroy Saint-Hilaire a pu établir toute une série d'intermédiaires entre les monstres doubles les plus compliqués et les tumeurs dermoïdes, de la même manière que l'on peut descendre de celles-ci aux kystes dermoïdes les plus simples. »

Cette théorie fut en vogue et acceptée par tous les auteurs jusqu'en 1852.

En 1819, Meckel publie un mémoire sur les poils et les dents qui se trouvent accidentellement dans le corps.

Redembacher, en 1828, donne une description des kystes

congénitaux. Après lui, on s'occupe beaucoup de cette question, surtout en Allemagne.

Dupuytren recommande d'opérer la dissection exacte et minutieuse d'un kyste mélicérique du cou, parce que l'oubli d'une parcelle suffirait, dit-il, pour faire récidiver la tumeur.

En 1838, Lawrence attire surtout l'attention sur les kystes de l'angle externe de l'œil.

En 1839, Hawkins, en Angleterre, publie un travail très complet sur la question ; il donne et décrit la variété la plus fréquente des kystes congénitaux du cou et conseille, comme traitement, les ponctions successives, aidées d'applications de substances résolutes ; il proscriit les opérations sanglantes, si dangereuses, dit-il, chez le nouveau-né.

En 1843, Wernher publie sur les kystes congénitaux un mémoire très étendu ; il établit une distinction au point de vue du pronostic entre les kystes de la région antérieure du cou et ceux de la région postérieure. Il étudie enfin la marche, le diagnostic des kystes congénitaux et émet certaines hypothèses sur leur nature, leur développement.

Jusqu'ici, aucun auteur n'avait démontré l'analogie de structure qu'il y avait entre la paroi de ces kystes et la peau. C'est Köhlrausch, le premier, qui, en 1852, décrivit la structure dermoïde de ces kystes.

A la même époque, en France, Lebert faisait paraître son mémoire et établissait une théorie nouvelle sur la pathogénie de ces tumeurs, en développant sa loi de l'hétérotopie plastique. Il combattait la théorie de l'inclusion fœtale ; il citait des observations de kystes dans lesquels on avait trouvé plus de trois cents dents diverses, dont on ne pouvait expliquer la présence par l'inclusion d'un seul fœtus ; il citait aussi les cas où il y avait un kyste des deux ovaires et considérait ces cas comme un des meilleurs arguments contre la théorie de Geoffroy Saint-Hilaire.

Il formule la loi de l'hétérotopie en ces termes : « Beaucoup de tissus simples ou composés, et des organes plus complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre point ». Il explique la formation du kyste par une production autogène et spontanée. Cette théorie, comme l'a fait remarquer Courty, n'explique rien, « elle ne fait qu'exprimer par un mot l'affirmation du fait lui-même ».

M. Verneuil, d'abord partisan de cette théorie, se mit bientôt à la réfuter et établit la théorie de l'inclusion que M. Lannelongue devait reprendre plus tard sous le nom de théorie de l'enclavement. Il publie son mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire. Remak, en Allemagne, est aussi partisan de la théorie de l'inclusion.

En 1869, Broca, dans son Traité des tumeurs, accepte la théorie de Lebert pour certains cas, mais il dit qu'elle ne peut rendre compte de tous les kystes. « Lorsque la paroi du kyste, dit-il, est un véritable sac cutané, lorsqu'elle renferme dans sa structure un nombre immense de follicules pileux, de glandes sébacées régulièrement disposées et de glandes sudoripares, il est bien difficile d'admettre qu'une production aussi complexe ne soit pas congénitale ».

Une autre théorie, acceptée par Rouget, Courty, Lawson Tait, fut surtout développée et vulgarisée en quelque sorte par Waldeyer ; ce fut celle de la parthénogénèse. Cette théorie, toute séduisante qu'elle puisse être, n'est qu'une simple hypothèse acceptable tout au plus pour l'ovaire ; mais on ne peut l'étendre et la généraliser aux autres formations dermoïdes. Voici en quoi se résume cette théorie : de l'ovule fécondé dérivent tous les tissus de l'organisme ; pourquoi, dès lors, ne pas admettre qu'en dehors de sa fécondation, par parthénogénèse, cette cellule primordiale, sous une influence encore inconnue, ne puisse se développer anormale-

ment et donner naissance aux nombreuses variétés de tissus que peuvent contenir les kystes dermoïdes?

Enfin, en 1886, MM. Lannelongue et Achard reprennent la théorie de Verneuil, sous le nom de théorie de l'enclavement, pour qu'on ne puisse en rien la confondre avec celle de l'inclusion fœtale. C'est cette théorie que nous allons développer en étudiant la pathogénie des kystes dermoïdes.

Ces kystes dermoïdes sont, dans l'immense majorité des cas, nous pourrions dire toujours, considérés comme étant d'origine congénitale; cette opinion est aujourd'hui généralement admise. Ce qui a fait supposer à des chirurgiens que certains kystes pouvaient ne pas être congénitaux, qu'il s'agisse de la région qui nous occupe ou d'une autre région, c'est probablement l'époque de leur apparition. En effet, il arrive assez souvent que l'individu qui en est porteur ne s'en aperçoive qu'à l'âge de la puberté; tandis que chez d'autres, ils apparaissent dès les premiers temps de la vie ou à la naissance. Cette manifestation tardive n'infirmes en rien l'explication que nous avons donnée de ce que M. Lannelongue entend et de ce que, dans notre travail, nous entendons nous-même par l'expression de kyste congénital.

Nous dirons, avec M. Verneuil, que les kystes dermoïdes sont congénitaux, mais que dans une première phase de leur évolution, qu'il appelle période d'indolence ou de stagnation, ils peuvent être facilement méconnus; que cette période d'inobservation peut être très longue, mais, qu'en général, elle ne dépasse pas l'âge de la puberté pour les kystes sous-cutanés et l'âge mûr pour les kystes profonds.

L'origine congénitale étant généralement admise, on s'est naturellement efforcé de rapporter à une anomalie de développement la raison de leur formation. M. Verneuil avait établi d'abord sa loi pour les kystes du sourcil, puis il l'étendit à ceux du plancher buccal; enfin, il admit la formation

de kystes dermoïdes en divers points du corps, aux dépens de plicatures accidentelles de la peau chez le fœtus. On peut donc expliquer la présence de kystes dermoïdes en des points du corps où il n'y a pas trace d'appareil branchial.

«D'après M. Verneuil, dit M. Heurtaux, les kystes dermoïdes qui occupent la partie antéro-latérale du cou et de la face auraient pour point de départ une portion du petit repli cutané qui tapisse le bord de l'une des fentes branchiales, dans le cas où, au lieu de se fusionner entièrement, les bords de cette fente ne se fusionneraient qu'en partie, laissant entre eux un petit sac de peau». Le petit sac, enclavé au milieu des tissus de l'embryon, se compose non seulement d'éléments épithéliaux, mais encore des éléments sous-jacents qui constituent le derme. En réalité, c'est le tégument externe tout entier qui se trouve emprisonné, derme, épiderme et ses dérivés. La petite masse épithéliale s'éloigne peu à peu de l'ectoderme par suite du développement des parties voisines et, pendant ce temps, le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme est forcé de s'allonger progressivement. Si cet allongement est insuffisant, en égard à l'accroissement des parties ambiantes, la continuité peut se rompre entre l'ectoderme et le petit amas épithélial, qui reste indépendant. Il peut se faire qu'il y ait un bourgeon embryonnaire qui naisse où est l'îlot ectodermique, que ce bourgeon entraîne l'îlot avec lui, de sorte que, si plus tard il se forme un kyste, on ne puisse découvrir aucun rapport entre le point qu'il occupe et celui d'où il est parti. Il se peut aussi que les choses en restent là et que la petite masse formée aux dépens de l'ectoderme n'ait pas d'autre avenir. Même lorsqu'elle doit évoluer en kyste dermoïde, elle peut rester de longues années stationnaire. On voit assez souvent des sujets chez qui on a remarqué un kyste dermoïde dans les premiers mois qui suivent la naissance ; le kyste reste longtemps sta-

tionnaire, et c'est sous l'influence d'une cause quelconque, très variable, que la tumeur se développe.

Quoi qu'il en soit, c'est ordinairement vers l'âge de la puberté que les kystes commencent à augmenter de volume et que l'on s'aperçoit de leur présence. La paroi s'accroît alors en surface et en même temps s'accumulent dans sa cavité les produits de sécrétion et de desquamation. Le mode de formation de la paroi est encore, disait M. Nicaise en 1883, mal connu. Dans un certain nombre de kystes dermoïdes, il doit y avoir, non pas inclusion d'un sac de peau, mais bien inclusion d'un simple lambeau cutané dont la sécrétion refoule les tissus qui constituent la membrane d'enveloppe fibreuse, tandis que le lambeau cutané forme une partie des parois de la poche.

« Il serait intéressant, dit M. Lannelongue, de déterminer à quelles particularités de structure, à quelles conditions spéciales physiologiques de la paroi dermoïde répondent les différences variées que présentent ces kystes sous le rapport du contenu ; mais c'est là une question qui ne nous semble pas avoir été abordée jusqu'ici et dont la solution réclamerait de nombreux faits observés dans les plus grands détails. »

Ce qui vient encore confirmer la théorie de la production des kystes dermoïdes par l'enclavement du tégument externe, sac de peau ou simple lambeau cutané, et expliquer leur présence facile en tous les points du corps, ce sont les résultats obtenus par l'expérimentation au moyen de greffes transplantées en divers organes et sur différents points chez les animaux ; les expériences de M. Masse, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux, sont décisives à ce sujet.

M. Goujon a fait, au laboratoire de Robin, de nombreuses transplantations d'épithélium. On voyait d'abord proliférer

les éléments dans les points où on les avait déposés ; mais au bout d'un certain temps, ils disparaissaient, et on n'en voyait plus trace.

M. Anger émit, dès lors, l'avis que les tumeurs acquises pouvaient se résorber à la longue comme les éléments transplantés.

M. Masse a vu aussi, il est vrai, disparaître les tissus transplantés, mais il se développait secondairement un kyste qui persistait toujours.

La théorie de l'enclavement peut donc expliquer facilement les différents cas de kystes que nous relatons, tant à la région que nous appellerons rétro-auriculaire qu'à la région temporale, tant à la naissance des cheveux qu'à la région mastoïdienne et même aux régions les plus éloignées, qu'il y ait ou non traces d'appareil branchial dans ces régions.

Dans son Traité des kystes congénitaux, M. Lannelongue dit qu'il nous est impossible de reconnaître à l'origine de ces tumeurs une cause déterminante et que nous ne pouvons pas dire qu'est-ce qui produit l'enclavement. La formation de ces kystes n'étant qu'un accident de la vie intra-utérine, il semble que leur étiologie se réduise à cet accident et qu'on n'a pas à donner d'autres explications, pas plus qu'on n'en donne, par exemple, pour une fracture de cuisse produite par un simple accident. On peut, cependant, se demander s'il n'y a pas de conditions particulières qui puissent entraîner la production de ces kystes ; s'il n'y a pas des causes qui puissent expliquer leur développement à un moment donné.

Ces causes semblent être des plus variables : dans deux ou trois cas que nous citons, notamment dans le cas de M. Gironde, le traumatisme (chute sur la tête, coup de pierre) ne semble pas être étranger au développement du kyste ; dans

un autre cas, une femme, porteuse d'un kyste, d'abord très petit, voit, à chaque grossesse, son kyste prendre un développement plus grand. Nous nous contentons de citer ces faits ; mais ils sont en trop petit nombre pour qu'on puisse en retirer des conclusions certaines.

Plusieurs auteurs, entre autres Paget, ont invoqué l'hérédité ; mais on n'a pas, à ce sujet, des observations bien précises ; si on a trouvé quelques cas de ce genre, peut-être doit-on les attribuer à une simple coïncidence : pour nous, nous n'avons rien trouvé qui puisse nous permettre de mettre l'hérédité en cause.

Il en est de même du sexe ; on a prétendu que les kystes dermoïdes se rencontrent plus fréquemment chez le sexe masculin ; nos observations ne nous permettent pas de conclure dans un sens plutôt que dans l'autre.

On a dit aussi que c'était une maladie de l'âge adulte ; certains auteurs se sont opposés à cette assertion, prétendant que l'erreur provenait d'une observation suivie trop peu scrupuleusement ; ils ajoutent que le kyste, d'abord fort petit, est passé inaperçu et n'a été remarqué que plus tard.

D'après le tableau que nous donnons et que nous avons fait d'après nos observations, il semblerait que c'est le plus souvent à la puberté, à l'approche de l'âge adulte, que ces kystes apparaissent, ou du moins reçoivent une poussée qui les révèle à l'œil de l'observateur.

Tableau indiquant l'âge auquel les kystes se sont développés :

de 1 à 5 ans	1
de 5 à 10 —	1
de 10 à 15 —	0
de 15 à 20 —	4
de 20 à 25 —	3
de 25 à 30 —	3

Voici la statistique publiée par Lannelongue sur tous les kystes en général :

de 1 à 5 ans.	Nombre de kystes observés :	3
de 5 à 10 —	—	2
de 10 à 15 —	—	1
de 15 à 20 —	—	4
de 20 à 25 —	—	4
de 25 à 30 —	—	3
de 30 à 35 —	—	2
de 35 à 40 —	—	1
de 40 à 45 —	—	2
de 45 à 50 —	—	2

Il semble, d'après ces statistiques, que c'est de 15 à 35 ans que se développent le plus souvent ces tumeurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« Les kystes dermoïdes sont, dit Broca, des tumeurs chroniques constituées par des cavités closes anormales ou anormalement développées, dont les parois sont en rapport de continuité, par leur surface externe, avec les tissus musculaires environnants, et en rapport de continuité, par leur surface interne, avec une substance le plus souvent liquide ou molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale. »

Dans ce chapitre, nous ne prétendons pas étudier tout ce qui a rapport aux kystes dermoïdes de toutes les régions ; nous n'avons en vue que ceux du crâne, dont la région rétro-auriculaire fait partie ; mais comme tous les kystes dermoïdes, à quelque région qu'ils appartiennent, présentent en définitive à peu près toujours la même structure fondamentale, nous sommes obligé de rappeler les généralités relatives à ces kystes. Tout ce que nous allons dire s'applique donc parfaitement aux kystes de la région rétro-auriculaire et nous les aurons spécialement en vue dans cette description.

Leur aspect général ne les distingue en rien des autres tumeurs. Ils sont généralement de forme arrondie ; par exception seulement, quand ils sont composés de cavités multiples, ils prennent une apparence plus ou moins lobée, plus ou moins irrégulière.

Leur volume varie généralement de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette.

Il est rare qu'il atteigne la grosseur d'un œuf de poule, car

l'individu qui en est porteur, gêné qu'il est par une tumeur qui a atteint ce volume, s'adresse auparavant au chirurgien et se fait opérer. Dans les autres régions, on cite des cas de kystes ayant atteint des dimensions considérables, par exemple les kystes de l'ovaire qui en général deviennent les plus volumineux : mais à la région rétro-auriculaire, une tumeur qui atteint le volume d'une orange est tout à fait extraordinaire.

Ils présentent souvent des adhérences avec les parties environnantes, fibres-musculaires, auxquelles les parois sont intimement unies et aussi avec le périoste. Quelquefois l'os sous-jacent n'est pas modifié dans sa structure, mais il peut cependant être creusé d'une dépression dans laquelle vient s'insérer le pédicule du kyste. Ce pédicule peut être creux et n'être qu'un diverticule de la cavité kystique ; le plus souvent il est formé simplement par des tractus fibreux.

Il y a généralement intégrité du périoste, bien qu'on ait remarqué parfois des rugosités et des sécrétions dues à l'inflammation du périoste. Dans notre observation I, nous n'avons pas de cupule au siège d'implantation du pédicule, mais au contraire une petite élevation.

Dans certains cas assez rares, l'os peut être détruit en partie ou en totalité et être simplement remplacé par un épaississement des méninges. On a voulu expliquer ce mécanisme d'usure de l'os de différentes façons : les uns y voient des phénomènes de compression, les autres ont cru pouvoir rapprocher ces cas des cavités produites par les anévrysmes dans les os voisins. Mais cet argument, qui pourrait ne pas être sans valeur apparente, tombe de lui-même, puisqu'on a observé le même fait sur le nouveau-né. Il est probable que, en pareil cas, le kyste et la dépression sont contemporains et ont la même origine fœtale.

Le lambeau épidermique qui a formé le kyste était primi-

tivement, avant la formation de la boîte osseuse en rapport, avec l'enveloppe fibreuse de l'encéphale ; plus tard, l'os vient séparer le kyste de l'enveloppe fibreuse : cela semble expliquer la formation du pédicule et la cupule de l'os où s'implante ce pédicule.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA PAROI

La paroi dermoïde n'offre pas des caractères nettement tranchés ; elle présente d'assez grandes variétés, tant au point de vue de son aspect extérieur qu'à celui de sa structure. Son aspect varie avec les différents exemples qui se présentent. Cependant, dans tous les cas, nous avons retrouvé, plus ou moins fidèlement retracée, la structure fondamentale de la peau.

Kolrausch démontre, le premier, la structure des kystes dermoïdes se rapprochant de celle de la peau ou d'une muqueuse. La surface interne, blanche chez certains sujets, est nacréée et lisse chez d'autres ; rosée parfois, inégale et recouverte de petites élevures, elle peut rappeler la muqueuse de l'estomac ou encore une vessie à colonnes. Elle peut même, chez le même individu, varier avec les différentes parties de sa surface.

Son épaisseur n'est pas moins variable que son aspect. C'est ainsi que l'on peut rencontrer des kystes ayant des parois très minces et très souples, tandis que d'autres ont leur parois très épaisses et en quelque sorte calcifiées. Bien plus, comme nous le relatons dans une de nos observations, on peut rencontrer sur le même kyste des parties plus épaisses et d'une consistance plus considérable que les autres. La souplesse des parois semble permettre une croissance plus rapide du kyste, tandis que lorsqu'elles sont plus résistantes,

le kyste ne peut augmenter de volume. C'est peut-être à cette différence de consistance que sont dues les bosselures inégales que l'on rencontre assez souvent dans les kystes dermoïdes en en faisant la palpation.

De même que la souplesse, l'épaisseur de la paroi varie donc suivant les différentes parties du kyste. La structure de la poche varie aussi suivant le point examiné. Sur des coupes faites au niveau des portions épaissies d'un kyste de la région mastoïdienne dont nous donnons l'observation, on peut remarquer des papilles ou des rudiments de papilles, des glandes sébacées et pilifères rappelant les éléments contenus dans la peau, tandis qu'au niveau des portions où la paroi est amincie, un ou plusieurs de ces éléments font défaut. « Peut-être, dit M. Lannelongue, l'épithélium a-t-il été détruit ou s'est-il desquamé; peut-être y a-t-il eu, à un moment donné, rupture du kyste dans le tissu ambiant ».

CONTENU DU KYSTE

Si la nature de la paroi kystique varie, ainsi que nous venons de le voir, on peut supposer que le contenu variera aussi suivant la paroi qui l'aura sécrété. La présence de poils de différentes grandeurs s'y explique facilement. Ils y atteignent souvent une grande longueur; ils sont isolés ou réunis en paquets. La couleur est variable et souvent différente des poils de l'individu. La couleur change même pour un poil pour les différentes parties de sa longueur. Ces poils sont accompagnés de glandes sébacées, mais on peut rencontrer des poils sans glandes et des glandes sans poils. Les poils peuvent être tous implantés sur la paroi, ou bien un certain nombre peuvent être libres à l'intérieur du kyste; il peut aussi arriver que tous soient libres dans la poche.

Le contenu des kystes dermoïdes varie beaucoup et, à cause de cela, certains auteurs éprouvent de la répugnance à classer dans une même catégorie les kystes pileux, les kystes osseux et dentifères.

Toutes les productions qui existent dans l'intérieur du kyste sont mêlées plus ou moins intimement avec de la matière sébacée qui est du reste le contenu ordinaire de ces tumeurs. C'est tout au moins une matière grasse, jaunâtre, de la consistance du suif, identique à celle que contiennent les glandes sébacées des poils. Au microscope, on y découvre des amas de cellules épithéliales et d'écaillés épidermiques plus ou moins déformées et infiltrées de graisse, des cristaux de cholestérine. « A l'œil nu, la matière sébacée n'a pas toujours le même aspect. Le plus souvent c'est un magma bleuâtre ou jaunâtre ayant la consistance d'une bouillie, ce qui a fait donner autrefois à ces kystes le nom d'athérôme, de kystes athéromateux ». (Lannelongue et Achard). D'autres fois le contenu rappelle un amas de plâtre, du suif fondu.

Le contenu est quelquefois séreux et d'autres fois même la matière grasse peut exister à l'état de fusion à la température du corps ; ou bien, au milieu du liquide séreux, l'examen histologique fait découvrir des cellules graisseuses. Les kystes dermoïdes de cette nature portent le nom de kystes huileux et ont été bien étudiés, en 1883, par G. Vassaux et A. Broca, qui en rapportent un cas de la queue du sourcil : ils contiennent un liquide qui se coagule rapidement par le refroidissement : à l'examen microscopique, on peut y découvrir quelques rares cellules épithéliales, quelques poils très fins, quelques granulations amorphes ressemblant à des granulations de carbonate calcaire ; pas de cristaux de margarini de cholestérine. On trouve très peu d'observations de kystes ayant un semblable contenu ; mais MM. G. Vassaux

Broca pensent que dans les observations anciennes, la nature huileuse de ce contenu a été méconnue ou n'a pas été suffisamment indiquée pour qu'on en puisse retirer des conclusions. Lors de la communication de M. Verneuil, ils étaient connus, mais personne n'avait vu l'analogie de ces kystes avec les kystes dermoïdes ; cependant ces kystes ne paraissent pas aussi rares qu'on l'avait cru d'abord ; la région pré-lacrymale est celle où on les a le plus souvent constatés. Nous en citons deux cas, cependant, dans la région rétro-auriculaire. Leur structure dermoïde a été démontrée par l'examen histologique.

En général, les kystes dermoïdes ne contiennent pas toujours les mêmes éléments et l'on a l'occasion d'observer les modifications les plus nombreuses de leur contenu. C'est ainsi que Broca, en 1862, trouvait dans la paroi externe de la loge orbitaire un liquide visqueux contenant de l'albumine, des matières grasses, des sels.

STRUCTURE DE LA PAROI DERMOÏDE ET DE SES DÉRIVÉS

Dans notre définition du kyste dermoïde, nous avons dit que la paroi présentait une structure rappelant la structure fondamentale du tégument externe. Elle s'applique très bien aux kystes du crâne, dont la structure est très simple. On y trouve les éléments suivants :

1° *Épiderme*. — L'épithélium est pavimenteux stratifié, en couche très mince, parfois unique. Les cellules placées tout à fait à la partie interne de la paroi du kyste subissent la transformation graisseuse et se confondent avec la matière grasse sébacée ordinairement contenue dans la poche.

2° *Derme.* — Le derme présente la structure habituelle du tissu conjonctif. Il forme souvent, au-dessous de l'épithélium, une ligne de démarcation légèrement ondulée par des rudiments de papilles. Parfois il ne contient pas de plan papillaire. Il contient des fibres musculaires lisses au voisinage des poils. Dans le feutrage formé par le tissu conjonctif fondamental, on rencontre un grand nombre de loges qui contiennent des glandes sébacées plus ou moins volumineuses. Elles peuvent, d'après Pauly, atteindre un développement de 3 millimètres et devenir même l'origine d'un kyste sébacé ou provoquer la transformation d'un kyste purement dermoïde en kyste purement sébacé.

Au milieu de ces amas glandulaires, on rencontre un certain nombre de follicules pileux. Nous avons déjà eu l'occasion de parler des poils qui se trouvent dans le contenu kystique. Nous rappelons encore que le nombre des follicules pileux peut être très inférieur au nombre des poils, un seul follicule donnant successivement naissance à plusieurs poils. Ceux-ci peuvent présenter toutes les variétés, depuis les poils follets, formant un duvet à peine visible au sein de la matière sébacée, jusqu'aux poils d'une longueur considérable.

Ajoutons que, dans le derme, on rencontre aussi des vaisseaux et des nerfs, plus fréquemment des vaisseaux.

Les glandes sudoripares ne se trouvent pas constamment dans les kystes dermoïdes. Quand elles existent, elles sont tantôt rudimentaires, tantôt elles présentent un développement considérable. Leur volume et leur nombre semblent être en raison inverse de ceux des glandes sébacées.

Quant aux ongles et aux dents, ils peuvent exister dans certains kystes dermoïdes ; nous n'en trouvons pas d'indication dans les observations que nous avons pu recueillir sur les kystes de la région rétro-auriculaire. Dans les autres

régions, la présence des ongles est tout à fait exceptionnelle. Celle des dents est plus fréquente, et on peut rencontrer toutes les variétés de dents; on a même rencontré des dents cariées; « mais, comme dit M. Lannelongue, il est permis de croire, avec Magitot, qu'il s'agissait alors, non pas de carie véritable, mais simplement de phénomènes d'usure et de résorption, comparables à l'usure spontanée et progressive que présente physiologiquement la racine des dents temporaires, ainsi que l'altération consistant en dépression ou pertes de substance de l'émail dépendant de l'érosion et capables de simuler la carie. »

Dans notre observation I, nous avons relaté une structure du derme tout à fait particulière, et nous n'en avons trouvé un autre exemple que dans l'étude de MM. Vassaux et Broca. Le derme présente des lamelles de tissu conjonctif, entre lesquelles circulent de petits vaisseaux, quelques follicules pileux et enfin des cellules spéciales présentant un grand intérêt : les unes, peu nombreuses, sont de véritables cellules géantes, pourvues de nombreux noyaux, leur protoplasma se ramifie avec celui de cellules plus petites à noyau unique. MM. Vassaux et Broca ont trouvé de ces éléments multinucléés à forme variable : les uns sont en massue, d'autres ressemblent à des myéloplaxes, sauf la couleur; d'autres ont l'aspect de corps fibro ou embryoplastiques hypertrophiés.

En résumé, nous voyons que la structure des kystes dermoïdes est des plus variables; il semble cependant que cette structure est plus simple dans la région rétro-auriculaire que dans les autres régions. D'après nos observations, il paraîtrait que le plus souvent on a affaire à des kystes à contenu liquide ou semi-liquide : nous citons, en effet, sur douze observations, huit à contenu liquide, dont deux de nature huileuse, trois dont l'examen histologique n'est pas donné, et un à contenu caséiforme.

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — DIAGNOSTIC.
PRONOSTIC.

Symptômes. — Si l'on examine un kyste dermoïde de la région rétro-auriculaire, on voit une tumeur arrondie, généralement de petit volume, mais pouvant atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon et même une grosseur plus considérable. Comme nous l'avons déjà dit et comme nos observations le montrent, la tumeur peut siéger en divers points de la région dans le sillon auriculo-mastoïdien, à la partie supérieure du pavillon de l'oreille, sur l'apophyse mastoïde et même entre l'apophyse mastoïde et la protubérance occipitale. D'après nos observations, il semblerait cependant que ces kystes ont leur point d'élection dans le sillon auriculo-mastoïdien.

Au niveau de la tumeur, la peau ne présente pas de changement de coloration. Quelquefois cependant, soit par suite de l'accroissement rapide du kyste, soit par suite d'un traumatisme et d'une inflammation, le tégument externe présente une teinte rosée ou une teinte très foncée. Les vaisseaux ont pu parfois atteindre un développement variqueux et simuler un anévrysme cirsoïde.

À la palpation, on constate la fluctuation ou l'empâtement de la tumeur ; on peut aussi constater quelquefois l'existence de lobules à la surface du kyste. La tumeur irréductible n'offre pas de pulsations. La tumeur est adhérente aux fibres musculaires environnantes, et souvent aussi elle adhère au périoste ; souvent on peut constater à la palpation la pré-

sence d'un pédicule qu'on ne peut pas toujours suivre jusqu'à son insertion ; dans nos observations, nous en citons où le pédicule pénètre dans le conduit auditif externe.

Les kystes de la région rétro-auriculaire déterminent très rarement de la gêne, et la douleur est nulle ou insignifiante.

Marche. — On peut dire que la marche des kystes dermoïdes est essentiellement chronique. Elle suit la même évolution que l'organisme entier ; nous avons déjà signalé un accroissement parfois plus rapide à l'époque de la puberté. D'après les remarques de la plupart des auteurs, cette période de la vie aurait une influence plus marquée sur le développement des tumeurs dermoïdes. Quand à dire pourquoi les uns se développent à la naissance et d'autres après vingt et même trente ans, nous n'avons pas pu établir de loi précise à ce sujet.

Diagnostic. — Nous poserons le diagnostic différentiel entre les kystes dermoïdes et les autres tumeurs que l'on peut trouver dans la région rétro-auriculaire, c'est-à-dire des kystes sébacés, des abcès froids, des abcès mastoïdiens ; les kystes séreux, les lipomes et les tumeurs érectiles sont très rares dans cette région ; nous en parlerons cependant.

Le meilleur mode de diagnostic qui différencie le kyste de l'abcès froid est l'époque éloignée à laquelle remonte l'époque de la tumeur ; la peau qui recouvre l'abcès froid ne change pas de couleur ni de caractères ; mais, plus tard, elle devient tendue, luisante, violacée, ce qui n'a pas lieu pour les kystes dermoïdes. Enfin, la palpation fait reconnaître le kyste, si le kyste est dur, élastique, bosselé ; mais le diagnostic est plus difficile si l'on a affaire à ce qu'on appelle un kyste athéromateux ; ici, en effet, on a de la fluctuation comme dans l'abcès froid ; à la ponction, il s'écoule un liquide

jaunâtre qu'à l'œil nu on ne peut différencier du pus ; mais on peut se guider d'après la marche de la maladie et l'état général du malade, qui peut être excellent si c'est un kyste.

On reconnaît assez facilement les kystes sébacés ; ils ne sont pas adhérents au tissu profond et sont plus superficiellement placés. La peau est fixée sur un point de la tumeur, et en ce point là, on peut souvent apercevoir l'orifice d'un follicule accusé par un point noir, et on peut même, par la pression, faire sourdre un peu de matière sébacée. La peau est libre d'adhérences ; les kystes sébacés peuvent se creuser une petite loge dans leurs tissus ; ce sont des cas exceptionnels, mais qu'il est bon de connaître ; enfin, ces kystes ne sont pas ordinairement uniques sur le même individu.

Les abcès mastoïdiens ne peuvent guère se confondre d'aucune manière avec les kystes ; la douleur, l'écoulement du pus, viennent d'ailleurs affirmer le diagnostic.

Quant aux lipomes, ils sont plus superficiels que les kystes dermoïdes ; si on les isole des parties profondes en les tenant entre les doigts, on sentira à leur surface une série de petites lobulations ou une masse granuleuse pouvant donner une sensation de crépitation. Ils sont mous et peu élastiques ; le kyste est plus résistant et se laisse plus difficilement aplatis qu'une tumeur molle, comme le lipome.

Tumeurs érectiles. — La peau offre au niveau des tumeurs érectiles une coloration rosée ; elles présentent des battements isochrones à ceux des artères ; elles augmentent de volume sous l'influence d'un effort. — Elles sont réductibles.

Kyste séreux. — Les kystes séreux de la région rétro-auriculaire, nous l'avons déjà dit, sont très rares ; dans les recherches que nous avons faites, nous n'avons pu en effet en trouver une seule observation ; si l'on trouve donc un

kyste de cette région, on doit de suite penser à un kyste dermoïde. Pour la plupart des cas, le diagnostic sera facile; la consistance plus molle, la fluctuation, la transparence feront reconnaître un kyste séreux.

On peut les confondre cependant avec une variété de kyste dermoïde, étudiée par Vassaux et Broca sous le nom de kyste huileux; ici nous avons mêmes symptômes: transparence, fluctuation, absence de douleur: le siège, la présence d'un pédicule que l'on sent aller s'implanter dans le conduit auditif externe ou dans l'os peuvent faire croire plutôt au kyste dermoïde, mais le diagnostic certain ne peut être établi que par l'examen histologique du contenu et surtout de la paroi qui est de nature dermoïde dans les kystes huileux. L'importance du diagnostic n'est pas d'ailleurs bien grande, vu que le traitement est le même.

Pronostic.— Les kystes dermoïdes de la région rétro-auriculaire sont des tumeurs essentiellement bénignes, c'est une affection purement locale et la santé n'en est nullement influencée. Ils peuvent cependant se rompre, s'enflammer ou subir une dégénérescence. Le kyste peut se rompre ou à la suite d'un traumatisme ou spontanément, ou à la suite de l'inflammation du kyste. L'inflammation peut très bien se produire, amener le ramollissement, la distension et la rupture de la paroi kystique; sans qu'il y ait inflammation, on comprend que le kyste étant une tumeur à accroissement constant, il arrive un moment où la paroi, trop distendue, se rompt. Enfin le kyste peut subir une dégénérescence. M. Heurtaux signale un cas de dégénérescence cancéroïde qu'il a vu survenir à propos d'un kyste sébacé du cuir chevelu.

Ces cas sont tout à fait exceptionnels et nous pouvons dire que le pronostic des kystes dermoïdes de la région rétro-auriculaire est des plus bénins.

TRAITEMENT

Diverses sortes de traitement ont été employées pour la cure des kystes; nous citerons tous ces traitements sans y insister et nous parlerons plus longuement du seul vraiment efficace qui est l'extirpation, la destruction totale du kyste.

Certains chirurgiens avaient rattaché l'évolution du kyste dermoïde à des prédispositions diathésiques; voilà pourquoi l'iodure de potassium et les médicaments considérés comme spécifiques avaient été successivement employés; on y avait aussi appliqué des topiques astringents, des révulsifs. Nous n'insisterons pas sur ces moyens, dont l'inefficacité est évidente.

Nous passons à une autre sorte de traitement, vantée par Broca, c'est celle du séton filiforme. «Les kystes qui se prêtent le mieux à son application; dit-il, sont les kystes dermoïdes ou sébacés du cuir chevelu d'un médiocre volume. On les transperce purement et simplement avec une aiguille à coudre enfilée d'une soie fine et forte; on fait glisser le fil tous les deux ou trois jours; on le laisse en place jusqu'à ce que la tumeur soit bien affaissée, ce qui a lieu le plus souvent au bout d'une dizaine de jours; puis on l'enlève, et, une ou deux semaines après, la guérison est complète». Broca, toutefois, n'employa pas ce mode de traitement à l'hôpital à cause de l'érysipèle qu'il avait observé une fois dans sa pratique. Nous ne conseillerons pas le séton à cause des longues suppurations qu'il établit et des complications auxquelles il peut donner naissance.

Larrey eut l'idée de traiter les kystes dermoïdes par le cautère; il traversait de part en part la tumeur au moyen d'un cautère filiforme et obtenait ainsi la destruction d'une partie des tissus. Ce moyen, qui, paraît-il, a réussi quelquefois, a, nous semble-t-il, le désavantage d'être pour le malade aussi effrayant que douloureux.

Les moyens les plus divers de cautérisation ont été employés, depuis la pâte de canquoin jusqu'à la galvano-caustique. On a employé la cautérisation en nappes dans le but de détruire à la fois tout le kyste et les tissus qui le recouvrent, mais ce procédé est très défectueux. Il est surtout dangereux dans les cas où l'os sous-jacent à la tumeur viendrait à être perforé.

On a aussi pratiqué l'excision partielle; elle a pour but de créer une perte de substance assez large pour empêcher la réunion immédiate. L'ouverture est maintenue béante pendant quelque temps et il peut se faire que cela suffise pour permettre à la paroi du kyste de se rétracter; mais il peut se faire aussi que les bords de la plaie se réunissent avant la disparition du contenu et que le kyste récidive. Ce mode de traitement doit donc être rejeté.

On a aussi employé les injections irritantes; la condition première pour voir réussir ces injections est que le kyste présente des parois assez minces et assez souples pour pouvoir adhérer intimement entre elles. Or, nous avons vu, dans le cours de notre étude, que les kystes dermoïdes qui font l'objet de nos observations présentaient des portions d'épaisseur et de consistance inégales, et nous pouvons de suite en conclure que, si les injections irritantes peuvent réussir dans quelques cas, elles échoueront très fréquemment; c'est une opération livrée un peu au hasard. On a injecté du croton tiglium, de la teinture d'iode; on a eu des succès, mais l'effet curatif est très long et très douloureux.

Enfin M. Barth, médecin à l'hôpital Broussais, a préconisé, en 1889, une nouvelle méthode de traitement. Il aurait réussi à faire disparaître des loupes sébacées en quinze jours, en faisant des injections avec de la liqueur de Fowler au moyen d'une seringue de Pravaz.

Il injecte quelques gouttes ; à la suite de l'injection, il se produit une légère inflammation suivie d'augmentation de la tumeur, puis d'atrophie graduelle. Il préconise l'injection arsenicale dans les diverses espèces de kystes cutanés ou sous-cutanés, et dans d'autres tumeurs, fibromes, myomes de la peau.

« Les affections auxquelles s'applique l'injection arsenicale, ajoute-t-il, sont, à la vérité, très bénignes et d'ailleurs préjudiciables d'autres méthodes de traitement ; mais tous les chirurgiens savent combien de malades hésitent à subir une opération pour les petites difformités de ce genre, si grand que soit leur désir d'en être débarrassés. Notre procédé a précisément l'avantage de n'être pas une opération véritable, et le manuel opératoire en est fort simple, le traumatisme à peine plus sérieux que celui d'une simple injection de morphine. » Ce moyen pourrait, à la rigueur, être essayé chez les malades qui redoutent une opération ; mais il n'en reste pas moins vrai que le seul traitement efficace et sûr, c'est l'ablation de la tumeur.

L'extirpation avec l'instrument tranchant est la méthode la plus généralement employée dans le traitement des kystes dermoïdes. Ce qui a fait rejeter longtemps, et par beaucoup de chirurgiens, l'extirpation des tumeurs dermoïdes et autres, c'est qu'on la considérait comme dangereuse ; mais actuellement, avec la méthode antiseptique, on prévient un grand nombre de complications qui pouvaient survenir autrefois. Enfin, à la région rétro-auriculaire, l'opération est, en général, de la plus grande simplicité.

Si donc l'opération est décidée, on chloroforme le malade et on lave bien la superficie de la tumeur et les parties voisines. On incise la peau largement sur la tumeur que l'on dissèque complètement, en ayant soin de ne pas la crever, car l'extraction deviendrait plus difficile. Auparavant, si le diagnostic n'est pas encore suffisamment éclairé, on aura pu faire une ponction exploratrice de la poche. Si la poche avait été crevée, on pourrait, pour avoir plus de facilité à l'extraire complètement, y injecter une substance solidifiable, telle que du blanc de baleine. La dissection sera faite très lentement; elle est quelquefois très laborieuse, car la tumeur est quelquefois fort adhérente aux muscles voisins. Ces adhérences se rencontrent plus fréquemment quand, avant de faire l'extirpation de la tumeur, on a voulu essayer la méthode des injections irritantes, et, pour la région du cou surtout, les adhérences du kyste à l'artère carotide, aux veines jugulaires, deviennent une difficulté opératoire très sérieuse. A la région quinoüs occupe, nous n'avons rien à craindre de semblable : les vaisseaux et les nerfs que nous rencontrons sont de petit volume. L'artère occipitale, étant renfermée dans la couche cellulaire, est parfois un peu difficile à lier ; l'artère auriculaire postérieure, placée dans le sillon auriculomastôïdien, entre le muscle auriculaire et le tissu fibreux profond, se liera facilement. De même pour les veines.

On doit extirper la poche entière et procéder à sa dissection minutieuse, car la moindre parcelle de derme restant dans la plaie serait le point de départ d'une récidence ou produirait plus tard des fistules intarissables.

Si la paroi du kyste, ainsi qu'il arrive souvent, adhère très intimement au périoste, comme il est impossible de séparer les deux membranes l'une de l'autre, il faut inciser résolument le périoste sur les limites de son adhérence au kyste et, en se servant d'une spatule en guise de rugine, enlever le

périoste en le séparant de l'os dans toute l'étendue nécessaire.

La plaie est bien nettoyée et on réunit les bords avec une suture métallique ou du crin de Florence. On peut mettre à la partie la plus déclive de la plaie un tube à drainage. Le tout est recouvert d'un pansement antiseptique. La réunion par première intention est la règle et le malade est guéri au bout de quelques jours. Nous recommandons en conséquence l'extirpation au bistouri comme étant la seule méthode de guérison radicale des kystes dermoïdes de la région rétro-auriculaire et la plus rapide dans son mode d'action.

Observation I.

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Estor, par M. Cadillac, interne.
(Kyste dermoïde rétro-auriculaire).

G. Louise, 19 ans, ouvrière en chapellerie, habite Montpellier, rue des Ecoles-Pies, 10; entre à l'hôpital suburbain, le 26 avril 1892, salle Desault, N° 12. — Vigoureuse, présentant toutes les apparences d'une bonne santé.

Antécédents héréditaires nuls. — A l'âge de 7 ans, la malade a remarqué derrière l'oreille droite un bouton gros comme un pois : ce bouton a grossi lentement et a été ouvert il y a trois ans; cette incision donna issue à un liquide clair, légèrement mêlé de sang. Après cette intervention, la grosseur n'a pas tardé à se reproduire et a surtout augmenté depuis six mois. La malade ressentait par intervalles quelques élancements, mais pas de douleur vraie.

Etat actuel. — Sur la face postérieure du pavillon de l'oreille droite, en haut, on constate la présence d'une tumeur kystique, grosse comme une noisette, à fluctuation très nette, à paroi peu tendue, mince et à contenu transparent. La peau est mobile sur la tumeur, n'est pas douloureuse; la circonférence de la tumeur présente 3 centimètres de diamètre.

Le 28 avril. — La malade est chloroformée, et M. le professeur Estor fait l'ablation complète du kyste sans crever la poche; la dissection est très laborieuse; après avoir dégagé la tumeur, on trouve un pédicule que l'on suit jusqu'à son

implantation à l'apophyse mastoïde; en ce point on trouve, au toucher, une petite élevation du périoste. On pratique le curettage de l'os au point d'implantation. 4 points de suture, pansement iodoformé.

29 et 30 avril. — Un peu de céphalalgie, on lui donne de l'antipyrine.

1^{er} et 2 mai. — On enlève les fils, on a une réunion totale.

La malade sort le 6 mai, la plaie cicatrisée.

Examen histologique, par M. Duclerc, préparateur de M. le professeur Kiéner, professeur à l'Ecole d'agriculture :

La paroi de ce kyste a une épaisseur d'environ 1 millimètre; elle est constituée par deux couches bien distinctes. La couche la plus interne est de nature épithéliale; l'externe est conjonctive.

L'épithélium est pavimenteux stratifié, à trois ou quatre assises de cellules aplaties uninucléées, qui, subissant la dégénérescence graisseuse et se détachant peu à peu, contribuent à former par leur fonte la plus grande partie du contenu intra-kystique.

La couche conjonctive est manifestement différente suivant qu'on l'examine à la périphérie ou près de l'épithélium. Périphériquement, on observe des lamelles en tissu conjonctif, entre lesquelles campent des petits vaisseaux; entre ce tissu conjonctif ordinaire et l'épithélium, on aperçoit des cellules spéciales présentant un grand intérêt. Les unes, les moins nombreuses, atteignent de très fortes dimensions et sont de véritables cellules géantes. Elles sont pourvues de nombreux noyaux, généralement amassés à la périphérie, et possèdent un protoplasma ayant des ramifications qui s'anastomosent avec celles que l'on observe aussi chez les cellules voisines. Ces dernières sont bien plus petites que les précédentes, étoilées et uninucléées. Entre ces cellules

géantes et étoilées, qui sont de nature conjonctive, circulent de nombreux capillaires.

Le pédicule est formé par du tissu conjonctif dense, dans les mailles duquel on aperçoit çà et là quelques petits lobules adipeux.

La plus grande partie du contenu intra-kystique est constituée par de la graisse, dont la consistance rappelle assez celle du miel. Le traitement par l'éther laisse un résidu très peu important, dans lequel on observe quelques poils très fins et très courts et de rares débris épithéliaux.

Observation II.

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne (P. Gilis. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 18 mars 1892).

Ce kyste, observé chez un homme de 15 ans, était congénital. Il avait, peu à peu, pris le volume d'un œuf de pigeon: de consistance molle, le kyste semblait coulé dans le sillon auriculo-mastoïdien; il était adhérent à toute la portion de cartilage auriculaire répondant à la conque; l'oreille était disgracieusement projetée en avant. L'extirpation fut laborieuse; la paroi kystique était infiniment adhérente au cartilage du pavillon, plus lâchement unie à l'apophyse mastoïde.

Quand le kyste fut isolé à la périphérie, il fut aisé de voir qu'un pédicule fibreux s'enfonçait dans le conduit auditif externe et allait s'insérer à la portion postéro-supérieure de la paroi osseuse du conduit. La plaie fut suturée et guérit par première intention. La poche kystique contenait une matière blanche caséiforme à laquelle étaient mêlés des poils très nombreux.

Cette observation nous paraît démontrer, mieux que les faits cités jusqu'ici (Gillette, Bryant, Reclus), la pathogénie embryogénique des kystes de la région mastoïdienne, pathogénie qui se rattache, comme on le sait, à l'évolution de la première fente branchiale.

Observation III

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne. (*Gazette hebdom.*, t. XXVI, p. 644, 1889)

D... Jules, âgé de 51 ans, entre dans le service de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu, à Lyon, en février 1889.

Comme antécédents, il a eu une fracture probable du crâne il y a quelques années.

Pas d'autres antécédents pathologiques.

Il y a 15 ans, c'est-à-dire à l'âge de 36 ans, il vit, après une chute sur la tête, une tumeur se développer vers la région mastoïdienne droite; puis bientôt une deuxième tumeur apparut au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Les deux tumeurs sont du volume d'un marron. Elles sont fluctuantes et la peau, à leur niveau, n'est pas recouverte de poils. Teinte un peu rougeâtre de la peau, sans phénomènes inflammatoires appréciables.

M. Poncet pratique l'extirpation de ces deux kystes, et, par l'examen histologique, on reconnaît que la poche a tous les caractères d'un kyste dermoïde.

Ces deux kystes sont, en somme, réunis vers la même fente branchiale.

A la séance de février 1889, de la Société des Sciences médicales de Lyon, M. Arcel présenta ce malade, après l'opération, et attira l'attention sur l'apparition tardive de

ces tumeurs congénitales restées, dit-il, à l'état de germes embryonnaires, à l'état latent, pendant une période de 36 ans.

Observation IV

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne. (Isch-Wall, interne des hôpitaux. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 5^e série, t. 1^{er}, p. 432 ; 1887.)

Le nommé B... Eugène, âgé de 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Reclus, pour des accidents tuberculeux osseux. Les antécédents n'offrent rien de particulier à noter.

Il présente à la région mastoïdienne droite une tumeur qui apparut lorsqu'il avait 12 ans. D'abord grosse comme un petit pois, en deux ans elle acquit le volume d'une noix, et depuis ce temps elle resta stationnaire. Jamais elle ne présenta de douleur, jamais elle ne s'enflamma.

Actuellement on trouve derrière l'oreille une tumeur grosse comme une forte noix, légèrement segmentée par une dépression transversale, recouverte par une peau absolument saine, non adhérente, mais un peu tendue et amincie. La palpation révèle une fluctuation évidente. On constate une adhérence complète au plan osseux sous-jacent, ainsi qu'au cartilage de la conque, sur une étendue de 1 millim. au maximum. Autour de la base de ce kyste, l'os semble former un bourrelet saillant. Pas de transparence.

Les limites de la tumeur se trouvent : la supérieure, sur une ligne horizontale effleurant le sommet du pavillon ; l'inférieure, sur une autre ligne horizontale passant par la partie inférieure du conduit auditif externe ; l'antérieure empiète de près de 1 millim. sur la partie postérieure du pa-

villon de l'oreille ; la postérieure est à 3 centim. environ en arrière de la précédente.

L'ablation est pratiquée par M. Reclus.

Examen histologique. — La tumeur présente à sa surface une légère apparence bilobée due à une bride interne qui la cloisonne complètement. Le palper révèle que la tumeur est formée par une coque mince présentant des parties plus épaisses. En la coupant suivant son grand axe, on la voit remplie par une matière grasse, transparente, demi-liquide, semée de grumeaux blancs, qui se détache facilement et n'est pas adhérente à la paroi.

Sur une coupe au niveau d'un point épaissi de la coque, on trouve, en allant de dedans en dehors, l'épithélium, dont la ligne d'insertion au derme est légèrement ondulée, soulevée par des saillies épidermiques qui sont des rudiments de papilles. Cet épithélium est pavimenteux stratifié, peu épais et paraît dépourvu de stratum granulosum. Les cellules sont chargées d'huile et les plus superficielles se continuent avec le magma gras qui recouvre la paroi.

Sur l'épithélium existe un derme sans plan papillaire, creusé des loges considérables qui contiennent des glandes sébacées très volumineuses, dont les orifices excréteurs sont beaucoup plus larges qu'à l'état normal. Au centre de ces amas glandulaires, on rencontre un certain nombre de follicules pileux. Les poils, grêles, sans couche médullaire, s'engagent dans les orifices de ces glandes sébacées. Il n'y a pas de glandes d'autre sorte dans le derme.

La couche suivante est formée des faisceaux fibreux feutrés et d'un certain nombre de lobules adipeux. On y voit des faisceaux vasculo-nerveux remarquables par le volume des artères dont les parois sont très épaissies et par le nombre de nerfs.

Sur une coupe faite au niveau des parties minces de la membrane kystique, on voit que les glandes sébacées sont beaucoup moins nombreuses et même disparaissent sur une grande étendue. C'est la seule différence à noter.

Observation V.

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne (Gironde. Lyon médical, 17 août 1879).

Le 27 mars 1879, le nommé B..., âgé de 23 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une loupe placée derrière l'oreille et qu'il avait, disait-il, depuis environ un an. Mais en l'interrogeant avec soin, on apprend qu'à l'âge de 10 ans, étant au collège, il avait reçu un coup de pierre dans cette région. Il y eut une plaie qui saigna beaucoup et il resta toujours après cet accident une légère tuméfaction, mais à peine sensible. Depuis un an environ, il s'est formé à ce niveau une saillie plus nette, plus arrondie, qui atteignit bientôt la grosseur d'un pois et qui, au bout de six mois, avait le volume d'une noisette. Cette tumeur continua à s'accroître lentement et enfin, au moment où il vient se faire opérer, elle a le volume d'un œuf de pigeon. Elle est située sur l'apophyse mastoïde du côté droit. Elle est sous-jacente à la peau, qui glisse facilement sur elle, lisse, arrondie et complètement indolente. La peau n'est pas altérée et on n'observe aucune trace de cicatrice.

L'ablation de la tumeur, pratiquée par M. Letiévant, est assez laborieuse, car elle est fortement adhérente aux tissus voisins. Des vaisseaux assez volumineux se rendent aux parois de la poche et donnent assez de sang pour faire une ligature.

Pansement phéniqué simple, sans réunion des lèvres de la plaie. Les suites de l'opération ne présentent rien à signaler. Pas de fièvre, pas de céphalalgie et, dix jours après, l'opéré se promenait à peu près guéri.

La tumeur incisée fut trouvée remplie d'une substance blanchâtre semi-liquide et de nombreux poils implantés sur la face interne qui était d'un blanc mat.

La trame fibreuse du derme se termine par une surface plane sur laquelle repose l'épithélium. La couche vasculaire sous-épithéliale a un développement tel qu'il ne s'agit plus simplement de vaisseaux isolés les uns des autres, mais que l'on trouve une véritable nappe sanguine cloisonnée par des travées conjonctives, à la façon d'un tissu caverneux. L'épithélium comprend: la couche de cellules génératrices, le stratum de Malpighi sans cellules crénelées distinctes et une zone cornée dont le protoplasma cellulaire, peu résistant, s'altère et se détruit par un travail de macération et donne ainsi naissance au contenu du kyste. On n'a pu faire tomber la coupe sur un follicule pileux. En deux ou trois points, on distingue des petites glandes sébacées très rudimentaires. Pas de glandes sudoripares.

M. Gironde ajoute les réflexions suivantes: «On est obligé ici de chercher, pour la tumeur de notre malade, une étiologie des kystes d'origine branchiale. M. Follin, dans son Traité de pathologie externe, tout en signalant la présence de kystes congénitaux du cuir chevelu, ne donne pas d'explications sur leur mode de développement. Peut-être le traumatisme que le malade a subi dans son enfance n'a-t-il pas été étranger au développement de ce kyste. En effet, une parcelle de peau a pu s'invaginer dans la plaie, être recouverte par la cicatrice, et son produit de sécrétion donner naissance à un kyste analogue à ceux qui sont dus à un arrêt dans la soudure des arcs branchiaux. Ce n'est cependant

qu'avec réserve que je hasarde cette opinion». En tous cas, nous pouvons dire que si le traumatisme n'a pas été la cause originelle du kyste, ce qui, dans le cas très particulier, pouvait être admis, il a pour le moins contribué à provoquer le développement d'une tumeur jusque-là inaperçue.

Observation VI

Kyste dermoïde de la région occipito-mastoïdienne (Genouville. Gazette des Hôpitaux, 1890).

D..., 32 ans, valet de chambre, entré le 21 février 1830 à l'hôpital de la Charité, salle Boyer, N° 23; vigoureux et présentant toutes les apparences d'une bonne santé.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le malade présente une petite tumeur à la région occipito-mastoïdienne droite, tumeur dont le début est fort ancien. Il se rappelle qu'à l'âge de 14 ans il en était déjà porteur, mais sans pouvoir préciser davantage. La tumeur a grossi d'une manière insensible et continue; à l'âge de 14 ans, elle était grosse comme une noisette; aujourd'hui, elle est comme un œuf de poule.

Elle est et a toujours été absolument indolente et n'a jamais présenté de symptômes d'inflammation. La seule raison qui porte le malade à réclamer une intervention est le volume qui commence à devenir gênant sous le chapeau, surtout étant donné le siège de la tumeur.

La tumeur siège au voisinage de la suture occipito-pariétale droite, à égale distance de la protubérance occipitale externe et de l'apophyse mastoïde. Son volume est celui d'un œuf de poule, sa forme arrondie. A son niveau, la peau

est normale; normal aussi le développement des cheveux (sauf trois plaques de psoriasis du cuir chevelu qui, d'ailleurs, siègent non sur la tumeur, mais au voisinage; sauf aussi une petite cicatrice blanchâtre de 1 centimètre d'étendue, qui paraît ancienne et semble témoigner d'une chute sur la tête).

La peau est absolument mobile sur la tumeur, laquelle est également mobile sur les parties profondes. La tumeur est molle, non tendue et non fluctuante; elle n'est pas réductible, ni animée de battements; enfin elle est absolument insensible à la pression.

Sur le corps du malade, à l'avant-bras, on trouve deux petites tumeurs molles, aplaties, du volume d'une petite noisette, et qui sont deux lipomes.

M. Desprès établit le diagnostic entre trois affections: une encéphalocèle réduite aux membranes, un kyste congénital ou dermoïde à parois épaisses, ou un fibro-lipome sous-cutané du cuir chevelu. Suivant lui, il est impossible de dire à quelle tumeur on a affaire.

Cependant, il pense qu'une encéphalocèle eût été remarquée et eût persisté depuis la naissance. Ce n'est pas là, disait-il, aussi la place des kystes dermoïdes; ceux-ci sont plus près de l'oreille et de la nuque; et comme, d'autre part, il existe une cicatrice de la peau, il se pourrait que la tumeur fût un fibro-lipome, suite d'un ancien hématome.

Mais, comme le traitement du lipome et du kyste dermoïde est le même, il lui paraît inutile de faire une ponction exploratrice, l'opération permettant de faire le diagnostic absolu.

Le malade est opéré le 26 février, sans chloroforme. Une incision en croissant conduit sur la tumeur qui adhère fortement à l'aponévrose épicrotânienne. L'excision est pratiquée au moyen du bistouri et des ciseaux courbes. Le lambeau

en croissant est rabattu sur la plaie, sur laquelle on applique un cataplasme de graine de lin.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Sous l'influence des cataplasmes renouvelés matin et soir, la réunion par première intention s'effectue sans aucune élévation notable de température (37°,6 le lendemain de l'opération).

Le sixième jour on enlève le fil d'argent et, le 19 mars, la plaie est entièrement cicatrisée et le malade sort guéri.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la rareté d'un kyste dermoïde à cet endroit et dans l'apparence du développement de la tumeur longtemps après la naissance.

Observation VII.

Kyste athéromateux du cou — Extirpation. — Suture. — Guérison par première intention (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1^{er} avril 1880)

M^{lle} S..., âgée de 18 ans, née dans le Midi, mais habitant les environs de Renfeld, est d'une bonne santé habituelle sans trace de lymphatisme ni de scrofule. Vers Noël 1877, elle vit se développer, sans cause connue, une grosseur à la partie latérale du cou, au-dessus de l'apophyse mastoïde. Cette tumeur allait lentement en augmentant, sans jamais causer de douleur. En septembre 1878, M^{lle} S..., se trouvant à Paris, consulta un chirurgien des hôpitaux, qui reconnut de la fluctuation dans la tumeur et y passa un tube à drainage de haut en bas. Il s'en écoula un liquide jaunâtre, d'apparence purulente. Cependant la santé générale était bonne ; aucune vertèbre ni articulation vertébrale ne paraissait malade et l'on ne sentait pas de ganglion lymphatique engorgé.

En novembre, la malade revenue en Alsace et portant tou-

jours son tube à drainage qui donnait issue à une suppuration abondante et fétide vint trouver M. le Professeur Eug. Bœckel, qui prescrivit le nitrate d'argent et rétrécit graduellement le calibre des tubes, qu'il remplaça finalement par un sétou de crin de cheval. La suppuration, qui avait d'abord beaucoup diminué, redevint bientôt fétide et s'accumula dans la cavité de la tumeur. L'odeur particulière du liquide, qui rappelait celle qui résulte du mélange de pus et d'épiderme, donna l'éveil à M. Bœckel. Il l'examina au microscope et constata des cellules épithéliales nombreuses. Il reconnut alors que le prétendu abcès n'était qu'un kyste athéromateux en suppuration et proposa de fendre largement la poche et de l'extirper, si le diagnostic se confirmait.

L'opération fut pratiquée à la maison des Diaconesses, le 13 mars 1879, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. L'incision fut suturée et recouverte d'un pansement antiseptique. Le 28 du même mois, la malade se promenait dans la maison et sortait le 5 avril, parfaitement guérie.

Observation VIII.

Kyste dermoïde siégeant au-dessus du pavillon de l'oreille droite (*Lyon médical*, février 1886).

M. Chapotot, externe du service de M. le Professeur Poncet, présente à la Société des sciences médicales de Lyon une femme âgée de 29 ans, qui n'offre aucun antécédent pathologique ou héréditaire digne d'être noté, qui fut réglée à 10 ans et mariée à 19 ans. Devenue enceinte un mois après son mariage, c'est à ce moment seulement qu'elle s'aperçut d'une petite tumeur située au-dessus de l'oreille droite. Deuxième

couche à 22 ans ; troisième à 23 ans. Pendant ces quatre années, la tumeur se développe lentement, avec quelques poussées plus vigoureuses au moment de l'accouchement ; puis vient une période stationnaire, malgré deux nouvelles couches à 26 et à 28 ans. Depuis 6 ans, elle n'aurait plus augmenté.

Actuellement on constate une saillie ovoïde, à grand axe horizontal, mesurant quatre centimètres. Elle est située au-dessus de l'oreille droite et en partie masquée par le pavillon. En réclinant l'oreille, on remarque que la circonférence de la tumeur s'attache en arrière à la conque, en avant au point de réunion de l'hélix et de l'anthélix. La tumeur, complètement indolente, est plus grosse à son extrémité postérieure. Elle a assez exactement la forme d'un œuf. La peau, qui à aucun point n'est adhérente, a sa coloration normale. La fluctuation est nette, on ne perçoit pas de masses indurées. La base est large, profonde, paraissant faire corps avec le squelette sous-jacent.

Tenant compte des caractères précédents et de la situation de la tumeur à la partie postérieure de la fente fronto-maxillaire, M. Poncet porta le diagnostic de kyste dermoïde. La malade ne s'était, il est vrai, aperçue de son kyste qu'après son mariage ; mais sa mère, interrogée, dit avoir remarqué chez sa fille, à l'âge de huit mois, une toute petite tumeur occupant le même siège. Il s'agit donc bien d'une lésion congénitale. M. Chapotot ajoute que, dans les recherches bibliographiques qu'il fit à ce sujet, il n'a trouvé aucune observation semblable de kyste branchial, en tant que siège de la tumeur.

Malheureusement, la malade, entrée pour une autre maladie (métrite), refusa de se laisser opérer, de sorte que le diagnostic ne put être confirmé anatomiquement. Cependant un kyste sébacé est rarement serré ; de plus, la peau est

toujours adhérente en un point. Enfin, l'apparition de la tumeur quelques mois après la naissance semble fixer définitivement le diagnostic.

Observation IX

Kyste dermoïde de la région occipitale du cuir chevelu (Lannelongue et Achard)

Jacquemin (Odile), âgée de 8 ans et demi, salle Giraldu, lit 20, service de Lannelongue. En traitement à l'hôpital pour une ostéomyélite de l'omoplate.

Cette enfant porte à la partie postérieure de la tête, au niveau de l'union de l'occipital et du temporal du côté gauche, une petite tumeur du volume d'un haricot, mobile sous la peau et sur les parties profondes. Elle existerait depuis la naissance.

Le 28 mars 1885, extirpation de la tumeur. Énucléation facile ; la tumeur adhère au périoste par quelques trousseaux fibreux ; il n'y a pas de dépression osseuse. Pansement de Lister. Guérison en quelques jours.

La paroi de la tumeur est mince, lisse et d'un blanc nacré. Le contenu est une matière sébacée d'un blanc mat mélangée de poils follets. La paroi est constituée par un épiderme et un derme ; dans ce dernier, l'aspect crénelé des cellules du corps muqueux est très manifeste et le stratum granulosum contient des gouttelettes d'éléidine très nettement visibles. Presque partout, le derme offre une surface plane ; cependant, en quelques points, se voient de petites papilles très courtes et rudimentaires.

La paroi présente des follicules pileux et des glandes sébacées bien développées, mais elle est dépourvue de glandes sudoripares.

Observation X

Tumeurs congénitales multiples sur le trajet de la fente fronto-maxillaire du côté gauche
(Lannelongue et Achard)

Dieunoy (Roger), âgé d'un an, est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau le 22 février 1883.

Le père, âgé de 40 ans, se porte bien. Il porte au cou de nombreuses traces d'abcès scrofuleux ; il ne paraît pas avoir eu la syphilis. La mère, âgée de 36 ans, est vigoureuse ; elle n'a jamais été malade et n'est pas syphilitique. Elle a eu huit enfants, dont deux sont morts, l'un du croup, l'autre à la suite d'abcès au cou et aux oreilles. Celui qui nous occupe présenta, dès sa naissance, une grosseur derrière l'oreille gauche. Il jouit d'une bonne santé et ne semble pas souffrir.

Actuellement, on constate derrière l'oreille gauche la présence d'une tumeur qui s'étend, en bas et en avant, à la moitié supérieure du pavillon de l'oreille, qu'elle déprime et rabat sur la moitié inférieure comme une oreille de chien. La tumeur déborde l'oreille en avant et en haut et descend inférieurement jusqu'au niveau de la partie inférieure du conduit auditif externe, à trois centimètres environ de ce conduit. Elle a le volume d'un œuf de pigeon coupé en deux au niveau de son tiers supérieur et appliqué par sa section sur la tête ; sa surface est arrondie, sa forme régulière ; on la prendrait pour un kyste. Elle est très molle ; la peau en fait partie intégrante et elle adhère aux tissus profonds. Elle n'est pas pédiculée ; elle repose sur une surface osseuse paraissant rugueuse. Quand on presse sur la tumeur, il semble qu'il y ait à l'intérieur une sorte de noyau dur et

résistant. L'exploration n'est pas douloureuse. L'ouïe est à peu près normale. La tumeur n'a que peu grossi.

A six mois, la mère remarqua, sur la tempe du même côté, une tumeur moins volumineuse ; elle est située au-dessus de l'arcade zygomatique et paraît adhérer aux parties profondes. Elle est large comme une pièce de 2 francs. A sa surface, la peau n'est ni rouge, ni enflammée. Elle offre les mêmes caractères que la première.

Il y a six mois également, l'œil gauche s'enflamma et il y eut devant l'œil, d'après le récit de la mère, une sorte de phlyctène remplie de liquide. L'enfant ne voyait plus de cet œil.

Trois mois après, il s'établit de ce côté une abondante suppuration. Actuellement l'œil est volumineux, la cornée est opaque, et on constate un certain degré de staphylome. La muqueuse de la paupière supérieure est tuméfiée et fait en dehors une saillie considérable. Si l'on vient à presser sur l'œil, on le réduit facilement dans la cavité orbitaire, et l'on constate qu'il repose sur un bourrelet élastique qui occupe tout le fond de l'orbite et qui est très probablement une tumeur analogue aux précédentes.

Observation XI

Kyste à contenu huileux de la région auriculo-mastoïdienne gauche. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1881. Gillette).

Une jeune femme de 30 ans se présenta à une consultation, à Bicêtre, le 11 juillet 1882. Elle portait, dans la gouttière auriculo-mastoïdienne gauche et remplissant toute cette gouttière, une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, faisant une saillie régulière et un peu en demi-lune. La peau

était très amincie à sa surface et parcourue par quelques vésicules dilatées, et laissait voir, du reste, à la lumière solaire, une transparence parfaite du contenu liquide de la masse. (Cette femme est blonde, et par conséquent à peau très fine) La fluctuation était aussi manifeste que possible; aucune douleur, aucun empâtement, aucun changement anatomique des tissus recouvrant la poche et les parties voisines.

La ponction, pratiquée avec le trocart de grosseur moyenne, donna issue à 20 grammes environ d'un liquide jaunâtre, ayant tous les caractères extérieurs de l'huile d'olive, ni visqueux, ni gluant, il graissait les doigts et le papier. Fluide au moment de sa sortie, il perdit bientôt sa transparence et, se figeant, offrit alors une certaine ressemblance avec l'huile de palme. Cette prise en masse du liquide, analogue à la congélation de l'huile pendant l'hiver, s'expliquait, jusqu'à un certain point, par le passage de ce liquide, ayant la température du corps, dans l'air ambiant qui est relativement plus froid. Huit jours après, le liquide n'avait pas reparu.

L'examen histologique pratiqué séance tenante n'a démontré aucun élément anatomique dans ce liquide.

Il y a de grandes probabilités pour que le kyste en question soit congénital, car cette femme en fait remonter l'origine à 15 ou 20 ans sans aucune date précise à ce sujet. Cette origine, qui existe pour les kystes prélacrymaux, pourrait être admise ici, à l'exclusion de toute influence traumatique.

Observation XII

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne droite (thèse de Breuil, juillet 1890)

B... Louis, 20 ans, garçon coiffeur, entré le 26 novembre, salle N° 3, lit 1.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : le malade a eu, à l'âge de huit ans, une tuberculose des vertèbres lombaires; il lui en est resté une gibbosité qui n'apparaît pas sous ses habits.

Depuis environ dix ans, il a remarqué derrière son oreille droite une petite tuméfaction du volume d'un pois. Cette tumeur est allée insensiblement en grossissant jusqu'à égaler le volume d'un œuf de pigeon, mais elle est restée stationnaire pendant de nombreuses années. Elle semble cependant s'accroître depuis quelques semaines, et c'est ce qui a décidé le patient à se présenter à l'hôpital et à la faire enlever. La tumeur ne lui a jamais occasionné aucune douleur.

État actuel. — La tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, occupe la base de l'apophyse mastoïde et est distante de un centimètre du pavillon de l'oreille. La fluctuation y est très nette. La peau est très mobile par dessus, bien plus mobile qu'elle ne l'est d'ordinaire sur un kyste sébacé. Par contre, la tumeur est absolument adhérente dans la profondeur. Étant donné les antécédents tuberculeux du sujet, on songe à un abcès froid, mais l'époque éloignée à laquelle remonte l'affection empêche seule l'affirmation catégorique de ce diagnostic.

27 nov. Le malade est chloroformé. M. le professeur Heydenreich fait une incision oblique sur la tumeur, puis il y

fait une légère ponction dans le but d'éclairer le diagnostic. Il s'en écoule une matière blanchâtre, très molle, qui est immédiatement qualifiée de matière de kystes dermoïdes. La dissection de la poche est très laborieuse, car elle est fortement adhérente dans la profondeur, en bas au muscle sterno-mastoïdien, en haut au périoste de l'apophyse mastoïde. Néanmoins, nulle part, cette dernière n'est à nu.

Après l'opération, la plaie est lavée et suturée au crin de Florence. On y laisse toutefois un petit bout de drain.

A l'ouverture de la poche, on remarque que l'intérieur de celle-ci est tapissée d'épiderme et de poils à sa partie la plus externe. La face profonde est formée par une coque fibreuse très résistante. Le diagnostic de kyste dermoïde est donc confirmé.

Le 8 décembre, le malade, parfaitement guéri, quitte l'hôpital.

CONCLUSIONS

Les kystes congénitaux de la région rétro-auriculaire sont des tumeurs rares.

Ils présentent une constitution très simple.

Lorsque le contenu est huileux, il est très difficile de les différencier des kystes séreux.

FIN

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 mai 1892.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
J. GERARD.

Vu et approuve :

Montpellier, le 27 mai 1892.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA.— Traité des tumeurs, tome II, 1869.
- BEAUNIS et BOUCHARD.— Anatomie descriptive.
- P. GILIS.— Traité d'embryologie.
- DEBOUT.— Des kystes congénitaux du cou et de leur traitement par les badigeonnages et les injections de teinture d'iode.— Bulletin général de thérapeutique, tome LI, 1856.
- FLEURY.— Bulletin et mémoires de la société de chirurgie de Paris, 1867.
- FOLLIN et DUPLAY.— Pathologie externe.
- GIRARD.— Traité des tumeurs, 1775.
- HEURTAUX.— Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.— Art. kyste.
- JEANNEL.— Revue médicale de Toulouse, 1886.
- LANNELONGUE et ACHARD 1886.— Traité des kystes congénitaux.
- MASSE.— Gazette médicale de Bordeaux 1885. De l'origine des kystes dermoïdes.
- LANNELONGUE et MÉNARD.— Affections congénitales, 1891.
- LEBERT.— Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie, T. IV, novembre 1852.
- LORAIN.— Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie, 1853-1854.
- REMAK.— Ein Beitrag für Entwicklungs-geschichte der Krebshaften Geschwülste.— In deutsche Klinik, 1854.
- TILLAUX.— Anatomie topographique.
- VERNEUIL.— Bulletin de la Société Anatomique, 1852.
- VERNEUIL.— Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire.
- VIRCHOW's Archiv.— B. XXX5, 1866.
- BREUIL.— Thèse de Nancy, 1890.
- WERNHER.— Die angeborenen kysten hygroma und die ihnen verwandten Geschwülste, 1843.
- VASSAUX et A. BROCA.— Archives d'ophtalmologie. — Contribution à l'étude des kystes huileux, 1883.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
